



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Профессиональный экзогенный аллергический альвеолит

МКБ 10: J67

Год утверждения (частота пересмотра): **2017 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: ___

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российская ассоциация врачей и специалистов по медицине труда**

Состав рабочей группы

Бухтияров И.В. - д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ, член- корреспондент РАН, главный внештатный специалист профпатолог Минздрава России, директор ФГБНУ «НИИ Медицины Труда» (Москва). Президент Российской ассоциации специалистов по медицине труда.

Васильева О.С. - д.м.н., профессор, заведующая лабораторией экологозависимых и профессиональных легочных заболеваний ФГБУ «НИИ Пульмонологии» ФМБА России, профессор кафедры пульмонологии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова.

Илькович М.М. - д.м.н., профессор, директор НИИ интерстициальных и орфанных заболеваний легких, заведующий кафедрой пульмонологии факультета последипломного образования ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России.

Лашина Е.Л. - к.м.н., , доцент, заместитель директора ФГБНУ НИИ медицины труда по научной и лечебной работе. Член ассоциации врачей и специалистов по медицине труда.

Орлова Г.П. – д.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ интерстициальных и орфанных заболеваний легких ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России.

Рослая Н.А. – д.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, главный внештатный специалист профпатолог Уральского Федерального округа (Екатеринбург).

Рослый О.Ф. – д.м.н., профессор, руководитель отдела медицины труда ФБУН «Екатеринбургский медицинский-научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промышленных предприятий» Роспотребнадзора (Екатеринбург), профессор кафедры гигиены и экологии ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России.

Шагина Л.А. - д.м.н. профессор, заслуженный врач РФ, заведующая кафедрой госпитальной терапии и медицинской реабилитации ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет. Член ассоциации врачей и специалистов по медицине труда. Член МОО «Российское респираторное общество».

Рейтинговая схема оценки уровня доказательств (SIGN 50, 2011)

Уровни доказ.	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок
1–	Мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	<p>Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований.</p> <p>Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи</p>
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2–	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Рейтинговая схема оценки силы рекомендаций (SIGN 50, 2011)

Сила рекомендации	Описание
A	<p>По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов</p> <p>или</p> <p>группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов</p>
B	<p>Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+</p>
C	<p>Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++</p>
D	<p>Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+</p>

Оглавление

Ключевые слова	3
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация	6
2. Диагностика	14
3. Лечение.....	25
4. Реабилитация и диспансерное наблюдение	28
5. Профилактика	33
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания.....	34
Критерии качества оценки медицинской помощи	36
Список литературы.....	37
Приложение А1. Состав рабочей группы	45
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	46
Приложение Б. Алгоритм диагностики ПЭАА	488
Приложение В. Информация для пациента	499

POSITION PAPER

Occupational hypersensitivity pneumonitis: an EAACI position paper

S. Quirce¹, O. Vandenas², P. Campo³, M. J. Cruz^{4,5}, F. de Blay⁶, D. Koschel⁷, G. Moscato⁸, G. Pala⁹, M. Raulf¹⁰, J. Sastre¹¹, A. Siracusa¹², S. M. Tarlo^{13,14}, J. Walusiak-Skorupa¹⁵ & Y. Cormier¹⁶

1.1 Определение

Профессиональный экзогенный аллергический альвеолит (ПЭАА) (синонимы: гиперчувствительный пневмонит, гиперсенситивный пневмонит) - это интерстициальное заболевание легких (ИЗЛ), относящееся к группе альвеолитов, с переменными клиническими проявлениями, обусловленными лимфоцитарным и, часто, гранулематозным воспалением периферических дыхательных путей, альвеол и окружающей интерстициальной ткани, которое развивается в результате аллергической реакции, не опосредованной иммуноглобулином-Е, на различные органические или низкомолекулярные агенты, присутствующие в производственной среде.

1.2.1 Этиология

Этиологическими факторами формирования ПЭАА являются промышленные аэрозоли сложного состава, которые можно разделить на следующие группы:

- бактериальные факторы;
- грибковые факторы;
- белковые антигены животного происхождения;
- антигены растительного происхождения;
- медикаментозные антигены;
- вещества неорганической природы.

1.2.2. Факторы риска развития экзогенного аллергического альвеолита

- Свойства ингалируемых частиц
- Генетические факторы (2-, С)
- Частые острые респираторные вирусные инфекции (3, С).
- Отсутствие средств индивидуальной защиты (респиратора), выполнение технических операций вручную
- Некурящие лица (80-95% больных ЭАА не курят).

1.5 Классификация

- По этиологическому признаку (табл. 1).
- По клиническому течению:
 - острая форма
 - подострая форма
 - хроническая форма

Фрагмент Перечня профессиональных заболеваний (Приказ МЗСР РФ от 27.04.2012 г. N 417н).

N п/п	Перечень заболеваний связанных с воздействием вредных и (или) опасных производственных факторов	Код заболевания по МКБ-10	Наименование вредного и (или) опасного производственного фактора	Код внешней причины по МКБ-10
I. Заболевания (острые отравления, их последствия, хронические интоксикации), связанные с воздействием производственных химических факторов.				
1.67.	Гиперчувствительные пневмониты			
1.67.1.	Гиперчувствительные пневмониты	J68.0	неорганические, токсико-аллергенные аэрозоли и аэрозоли сложного состава	Y96
1.67.2.	Гиперчувствительный пневмонит (экзогенный аллергический альвеолит)	J67.0, J67.2	органическая пыль	Y96
III. Заболевания, связанные с воздействием производственных биологических факторов.				
3.8.	Гиперчувствительные пневмониты	J67.8	биологические факторы	Y96
3.9.	Биссиноз	J66.0	растительная пыль (хлопка, конопли, пеньки, сизали и др.	Y96

1.4 Кодирование по МКБ-10 (1992)

- J66 Болезнь дыхательных путей, вызванная специфической органической пылью
- J67 Гиперсенситивный пневмонит, вызванный органической пылью
- J68 Респираторные состояния, вызванные вдыханием химических веществ, газов, дымов и паров
 - J68.0 Бронхит и пневмонит, вызванные химическими веществами, газами, дымами и парами

2. Диагностика

- 2.1 Жалобы и анамнез
- 2.2 Физикальное обследование
- 2.3 Лабораторная диагностика
- 2.4 Инструментальная диагностика
- 2.5 Иная диагностика

2.3.1 Клинический и биохимический анализы крови

- Изменения лабораторных показателей неспецифичны и позволяют оценить активность и тяжесть патологического процесса: лейкоцитоз, сдвиг влево лейкоцитарной формулы, высокая СОЭ (уровень доказательства – 2+, сила рекомендации С).

2.3.2 Иммунологическая диагностика

- В диагностике ПЭАА и уточнении связи заболевания с профессией ведущее значение придается подтверждению наличия сенсибилизации к профессиональным аллергенам - выявление специфических преципитинов (преципитирующих антител), относящихся к классу IgG (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации C**).
- Отсутствие преципитирующих антител в сыворотке крови больных не является основанием для отрицания диагноза ЭАА (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации C**)
- Наличие специфических преципитирующих антител является значимым предиктором развития ПЭАА (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации C**)
- Тест на пролиферацию лимфоцитов с предполагаемым антигеном не может быть использован в обычной практике, поскольку этот метод не стандартизирован, но в отдельных случаях, например, с использованием клеток ЖБАЛ у пациентов с острым ЭАА птицеводов, этот тест может быть полезным для диагностики заболевания (**уровень доказательства – 3, сила рекомендации D**)

2.3.3 Молекулярные маркеры.

- Молекулярные маркеры улучшают диагностику ЭАА и могут быть полезны как предикторы прогрессирования и ответа на различную терапию (уровень доказательства – 2-, сила рекомендации D)

2.4.1 Комплексное функциональное исследование внешнего дыхания (КФИВД).

- КФИВД позволяет заподозрить ПЭАА, но не дифференцировать его от других ИЗЛ (**уровень доказательства – 2++**, **сила рекомендации В**).
- КФИВД выявляет рестриктивные нарушения со снижением ДСЛСО (**уровень доказательства – 2++**, **сила рекомендации В**) Снижение (ФЖЕЛ) на > 10 % от исходного уровня или ДСЛ на > 15 % от исходного уровня в течение первых 6-12 месяцев являются предикторами высокой смертности (**уровень доказательства – 2++**, **сила рекомендации В**)
- ДСЛСО является наиболее надежным индикатором исхода альвеолита. Уровень ДСЛСО менее 40% свидетельствует о поздних стадиях заболевания с прогрессированием фиброза (**уровень доказательства – 2++**, **сила рекомендации В**)
- Нормальные показатели внешнего дыхания не исключают наличия заболевания (**уровень доказательства – 2+**, **сила рекомендации С**).
- Обструктивные или смешанные нарушения внешнего дыхания отмечаются у 0,5-33% пациентов ЭАА (**уровень доказательства – 2+**, **сила рекомендации С**)

2.4.2 Рентгенологические методы обследования органов грудной клетки (ОГК)

- При остром течении ПЭАА у 10-20% пациентов изменения в легких на рентгенограммах ОГК могут не выявляться (**уровень доказательства – 3, сила рекомендации D**)
- ВРКТ показана для выявления альвеолита у пациентов с отсутствием изменений на рентгенографии ОГК (**уровень доказательства – 2++ , сила рекомендации B**)
- В случае затруднения установки диагноза по данным рентгенографии ОГК и клинического исследования, показано проведение ВРКТ ОГК (**уровень доказательства – 2+ , сила рекомендации C**)
- ВРКТ ОГК может проводиться после обзорной рентгенографии ОГК для дополнительной характеристики степени паренхиматозных изменений (**уровень доказательства – 2++ , сила рекомендации B**)
- ВРКТ значительно более чувствительна по сравнению с рентгенографией органов грудной клетки и точно определяет и характеризует изменения в легких и плевре (**уровень доказательства – 2+ , сила рекомендации C**)
- ВРКТ позволяет заподозрить ЭАА при наличии центрилобулярных очагов, неравномерности (мозаичности) воздухонаполненности легочной ткани, изменений по типу «матового стекла», верхнедолевой локализации (**уровень доказательства – 2+ , сила рекомендации C**)

2.4.3 Фибробронхоскопия (ФБС) с бронхоальвеолярным лаважом (БАЛ)

- Рекомендуется уточнять область проведения БАЛ по данным ВРКТ (вместо традиционных средней доли и язычковых сегментов), проводимой не более, чем за 6 недель до процедуры (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации С**)
- В случае установления диагноза по данным неинвазивных методов исследования (КФИВД, ВРКТ) и при формировании «сотового легкого» проведение БАЛ не рекомендуется (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации С**)
- Для ЭАА характерен лимфоцитарный паттерн ЖБАЛ: >15 – 50 % лимфоцитов со снижением отношения CD4+/CD8+ лимфоцитов при остром и подостром течении ЭАА (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации С**)
- Сочетание лимфоцитоза ЖБАЛ более 50% с увеличением количества нейтрофилов более 3 % и количество тучных клеток больше 1% указывает на ЭАА (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации С**)
- В случае ВРКТ паттерна ОИП, лимфоцитоз ЖБАЛ более 40 % предполагает наличие хронического ЭАА (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации С**)
- Нормальное или повышенное отношение CD4+/CD8+ лимфоцитов ЖБАЛ не исключает наличие хронического ЭАА (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации С**)

2.5.1 Эходопплеркардиография.

- ЭхоКГ является методом скрининга для выявления легочной гипертензии у больных с ИЗЛ (**уровень доказательства – 2++, сила рекомендации В**)
- Легочная гипертензия ассоциируется с увеличением смертности (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации С**)

2.5.2 Провокационный ингаляционный тест

- Провокационные ингаляционные тесты (ПИТ) могут быть полезны при диагностике этиологического антигена при ПЭАА, но обычно ограничены конкретными специализированными центрами **(уровень доказательства – 2+, сила рекомендации С)**
- Провокационные ингаляционные тесты могут проводиться либо с подозреваемым фактором в лаборатории, либо в производственных условиях (на рабочем месте) **(уровень доказательства – 2+, сила рекомендации С)**

2.5.2 Провокационный ингаляционный тест

- При подозрении на ПЭАА ПИТ можно считать положительным при наличии двух или более из следующих критериев (чувствительность – 92,9 %, специфичность – 94,7 %) (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации С**):
 - Нарастание изменений на рентгенограммах/ВРКТ ОГК.
 - Увеличение разности давления альвеолярно-артериального кислорода ($P[A-a]O_2$) более чем на 10 мм рт. ст. и/или уменьшение ДСЛСО более чем на 20%.
 - Снижение ФЖЕЛ более чем на 15 %.
 - Увеличение количества лейкоцитов в периферической крови более чем на 30 %.
 - Увеличение С-реактивного белка более 10 мг/л.
 - Увеличение температуры тела более чем на 1,0°C и/или развитие системных проявлений (озноб, общая слабость, др.).
 - Развитие респираторных симптомов (кашель и одышка).
- Отсутствие ответа на ПИТ на рабочем месте при обычных условиях экспозиции больного категорически противоречит диагнозу ПЭАА (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации С**)

2.5.3 Тест с элиминацией антигена

- Тест с элиминацией антигена может быть использован для диагностики ПЭАА (3, D).
- Тест можно считать положительным, если через 2 недели после прекращения контакта с аллергеном соблюдаются два или более из следующих критериев (чувствительность 51% и специфичность 81%.):
 - Увеличение ФЖЕЛ более чем на 3%.
 - Снижение уровня KL-6 в сыворотке крови более чем на 13%.
 - Снижение количества лейкоцитов в периферической крови более чем на 3 %.

2.5.5 Гистологическая верификация диагноза

Биопсия легких (чрезбронхиальная щипцовая и криобиопсия, видеоторакоскопическая, открытая) рекомендована в сложных случаях дифференциальной диагностики.

- Чрезбронхиальная криобиопсия легких (ЧКЛ) является альтернативой хирургической биопсии легких при хроническом ЭАА (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации C**)
- ЧКЛ является потенциально экономичным методом диагностики ЭАА и других ИЗЛ, однако он сопровождается значительным риском осложнений (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации C**)
- Гистологическое исследование биоптатов легочной ткани позволяет предположить ЭАА при наличии бронхоцентричного расположения изменений и плохо сформированных гранулем (**уровень доказательства – 3, сила рекомендации D**)
- Выявление триады гистологических признаков - интерстициальная инфильтрация, неказеозные эпителиоидно-клеточные гранулемы и клеточный бронхиолит, указывают на подострую форму ЭАА (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации C**)
- Многочисленные компактные четко очерченные гранулемы не характерны для ЭАА и требуют проведения дифференциальной диагностики с другими гранулематозами (**уровень доказательства – 3, сила рекомендации D**)

2.5.6. Мультидисциплинарная дискуссия (МДД)

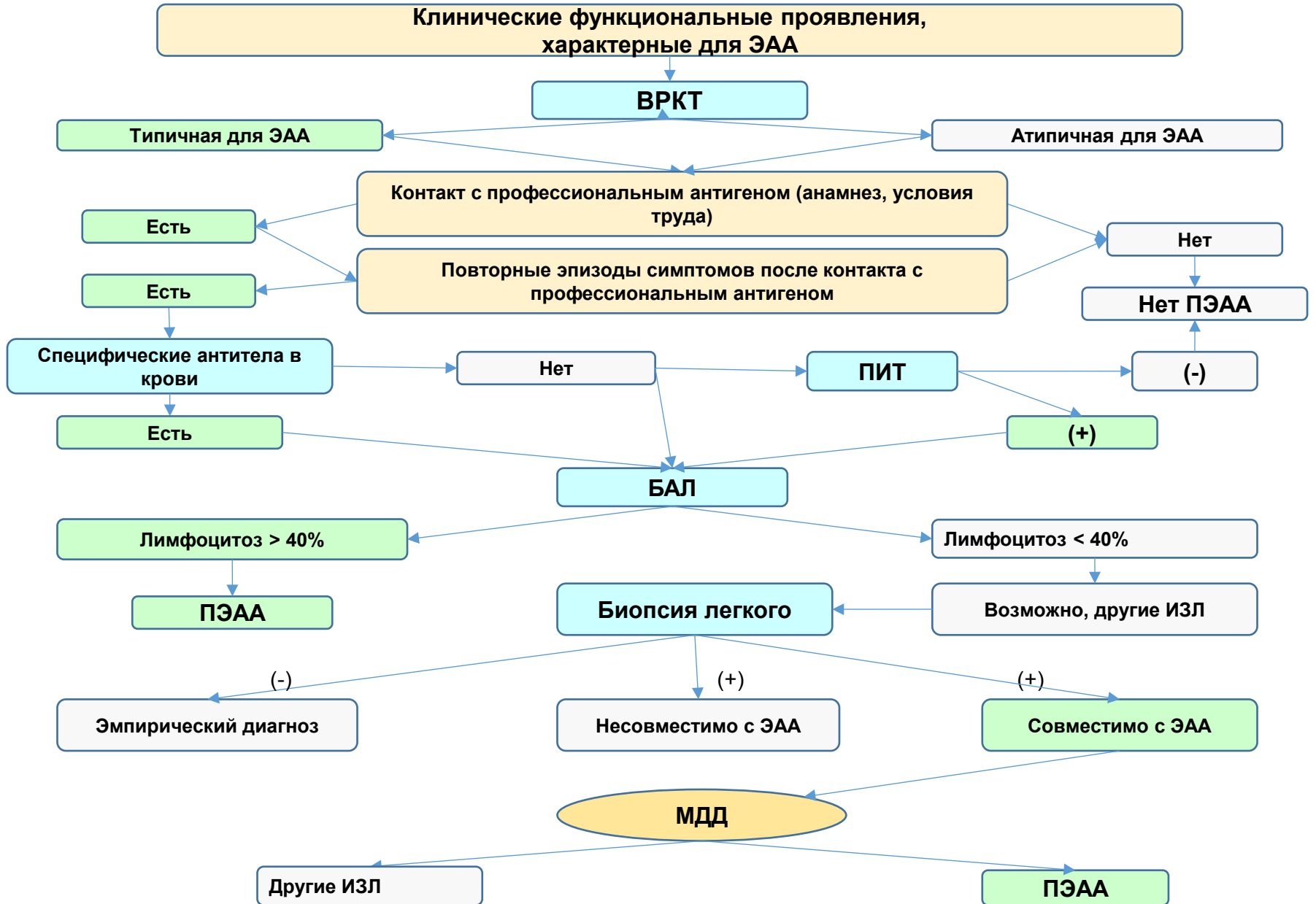
- В последнее время исторический «золотой стандарт» гистологической диагностики все чаще заменяется динамическим комплексным подходом с использованием МДД с привлечением клиницистов, рентгенологов и, при необходимости, морфологов (**уровень доказательства – 3, сила рекомендации D**)
- МДД необходима для дифференциальной диагностики ЭАА от идиопатической НСИП, а хроническую форму ЭАА – от ИЛФ (**уровень доказательства – 3, сила рекомендации D**)

2.5.7 Дифференциальная диагностика

ПЭАА следует дифференцировать с:

- пневмонией (двусторонней пневмонией);
- эозинофильными инфильтратами (синдромом Леффлера), при которых отмечается эозинофилия периферической крови;
- ИЛФ;
- идиопатические интерстициальные пневмонии;
- поражение легких при диффузных болезнях соединительной ткани;
- экзогенным токсическим альвеолитом.

Алгоритм диагностики ПЭАА



Диагностические критерии для острого/подострого ПЭАА.

1. Воздействие потенциально опасного источника антигена на рабочем месте.
2. Повторные эпизоды симптомов, возникающие через 4-8 ч после контакта с профессиональным антигеном.
3. Повышенный титр специфических преципитирующих IgG-антител к профессиональному антигену.
4. Крепитация на вдохе при аускультации.
5. ВРКТ паттерн, соответствующий острому/подострому ЭАА.

Если не соблюдаются все вышеперечисленные критерии, используется один из следующих критериев:

6. Лимфоцитоз ЖБАЛ.
7. Морфологическая картина материала биопсии легкого соответствует острому/подострому ЭАА.
8. Положительные ПИТ в лаборатории или положительные на рабочем месте, или улучшение после исключения контакта с предполагаемым профессиональным фактором.

Диагностические критерии для хронического ПЭАА.

Диагноз хронического ПЭАА может быть установлен, если имеются четыре или более из следующих критериев:

1. Воздействие потенциально опасного источника антигена на рабочем месте.
2. Повышенный титр специфических преципитирующих IgG-антител к профессиональному антигену или лимфоцитоз ЖБАЛ.
3. Снижение ДСЛСО и/или гипоксемия в состоянии покоя или при физических нагрузках.
4. ВРКТ паттерн, соответствующий хроническому ЭАА.
5. Морфологическая картина материала биопсии легкого соответствует хроническому ЭАА.
6. Положительные ПИТ в лаборатории или положительные на рабочем месте, или улучшение после исключения контакта с предполагаемым профессиональным антигеном.

2.5.8. Экспертиза связи ЭАА с профессией

- Экспертиза связи с профессией проводится в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.12.2000 № 967 (ред. от 24.12.2014) «Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний»

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Прекращение контакта с этиологическим фактором.

- Удаление причинного антигена, при его идентификации, является наиболее важным и эффективным методом лечения ПЭАА (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации C**)

3.1.2 Медикаментозная терапия.

- Глюкокортикостероиды (ГКС) эффективны при лечении острых/подострых и тяжелых или прогрессирующих хронических форм ПЭАА (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации C**)
- При остром и рецидиве подострого ЭАА показана небулайзерная терапия ингаляционными ГКС (будесонид до 2000 мкг в сутки), что позволяет уменьшить дозу системных ГКС, а при длительной поддерживающей терапии - заменить системные ГКС ингаляционными (**уровень доказательства – 3, сила рекомендации D**)
- При выраженных нарушениях иммунного статуса допускается назначение иммуносупрессантов (**уровень доказательства – 3, сила рекомендации D**)

3.1.3 Симптоматическое лечение.

- При развитии бронхоспастического синдрома или бронхиолита показано назначение бронхолитиков пролонгированного действия (**уровень доказательства – 2++, сила рекомендации C**) [1, 2, 17, 19, 36].
- Длительную кислородотерапию следует назначать пациентам с хронической гипоксией (сатурация кислорода менее 90 %) и легочным сердцем (**уровень доказательства – 3, сила рекомендации D**)

3.2 Хирургическое лечение

3.2.1 Трансплантация легких

- Трансплантация легкого показана при тяжелом прогрессирующем течении ЭАА (уровень доказательства – 3, сила рекомендации D)
- При повторном контакте с этиологическим антигеном возможен рецидив ЭАА в пересаженном легком (уровень доказательства – 3, сила рекомендации D)

3.3 Иное лечение

3.3.1 Экстракорпоральные методы лечения

Плазмаферез (или плазмаферез с иммунофармакотерапией с преднизолоном) является одним из альтернативных методов лечения экзогенных альвеолитов. Повторные курсы лечения рекомендуется проводить через 6-12 месяцев.

- Для лечения ЭАА показана эфферентная терапия (уровень доказательства – 3, сила рекомендации D).

4. Реабилитация и диспансерное наблюдение

4.1 Физические тренировки

- **Физическая реабилитация улучшает толерантность к физической нагрузке (уровень доказательства – 3, сила рекомендации D)**

4.2 Психологическая/групповая поддержка

- **Программа групповой терапии с психологом, пульмонологом, медсестрой, социальным работником и физиотерапевтом показана при выраженной дыхательной недостаточности (уровень доказательства – 3, сила рекомендации D)**

4.3. Диспансерное наблюдение

- Контрольное обследование пациента должно быть проведено в зависимости от формы течения заболевания через 1-4 месяца в амбулаторных условиях и включает клинико-функциональное обследование и ВРКТ. Дальнейшая лечебная тактика зависит от результатов обследования. Объем лечебных мероприятий в процессе диспансерного наблюдения больных ЭАА зависит от особенностей течения болезни (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации С**)
- Нагрузочные пробы следует применять в случаях нормальных функциональных показателей внешнего дыхания для оценки степени тяжести альвеолита (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации С**)
- Десатурация кислорода во время теста с 6 минутной ходьбой является более сильным прогностическим фактором, чем показатели механики дыхания в покое (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации С**)

Тактика ведения больных ПЭАА в зависимости от течения альвеолита

Клиническое течение*	Цель терапии	Стратегия мониторинга.
Обратное развитие и спонтанная ремиссия	Удаление предполагаемого этиологического фактора	Короткое наблюдение (3-6 мес.) для подтверждения регрессии заболевания
Обратное развитие заболевания с риском прогрессирования	Достижение первоначального ответа с последующей рациональной длительной терапией	Короткое наблюдение для подтверждения ответа на терапию (3-6 мес.). Длительное наблюдение для подтверждения сохранения достигнутого эффекта.
Стабилизация с остаточными проявлениями	Поддержание статуса	Длительное наблюдение для оценки за течением заболевания
Прогрессирующее необратимое течение ПЭАА с потенциалом к стабилизации	Стабилизация	Длительное наблюдение для оценки за течением заболевания
Прогрессирующее необратимое течение ПЭАА, несмотря на	Замедление прогрессирования	Длительное наблюдение для оценки за течением заболевания и необходимости

4.4. Медико-социальная экспертиза

Постановлении Правительства РФ от 16.10.2000 N 789 (ред. От 25.03.2013) «Об утверждении Правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

- ***Показания для направления на бюро МСЭ***
- **Критерии для установления инвалидности определяются согласно Приказу Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. N 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы" (с изменениями и дополнениями от 05.06.2016)**

5. Профилактика

5.1 Снижение антигенного воздействия

- Снижение уровня экспозиции антигена с помощью персональных респираторов не является эффективной стратегией и не рекомендуется к широкому применению **(уровень доказательства – 2+, сила рекомендации C)** [1].
- Использование индивидуальных средств защиты оказывает протективное действие при кратковременной экспозиции для профилактики острого ПЭАА и предотвращении рецидивов **(уровень доказательства – 2+, сила рекомендации C)**

5.2 Выявление сенсibilизированных лиц

- При диагностике случая ПЭАА рекомендовано обследовать остальных работников для выявления сенсibilизированных лиц **(уровень доказательства – 3, сила рекомендации D)**

5.3 Проведение периодических медицинских осмотров

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания.

6.1 Поздняя диагностика и продолжающаяся экспозиция.

- Неблагоприятный прогноз ПЭАА обусловлен поздней диагностикой и/или продолжающейся экспозицией после появления симптомов заболевания (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации C**)

6.2 Этиологический фактор.

- Характер течения и прогноз ЭАА может определяться типом этиологического фактора (**уровень доказательства – 3, сила рекомендации D**)
- Высокая интенсивность экспозиции антигена ухудшает прогноз ЭАА (**уровень доказательства – 3, сила рекомендации D**)
- Птичьи антигены могут оставаться в доме долгое время после удаления самих птиц, что необходимо учитывать при сборе анамнеза (**уровень доказательства – 3, сила рекомендации D**)
- Неспособность идентифицировать этиологический фактор является значимым предиктором снижения выживаемости (**уровень доказательства – 3, сила рекомендации D**)

6.3 Пневмофиброз.

- Наличие пневмофиброза ассоциируется с увеличением смертности от ЭАА (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации C**)
- Наличие очагов фибробластов в биопсийном материале, независимо от основной гистопатологической картины, может быть клинически значимым предиктором выживаемости больных хроническим ЭАА (**уровень доказательства – 2+, сила рекомендации C**)

6.4 Обострения ПЭАА

- Обострения хронического ПЭАА обуславливают неблагоприятный исход даже без дальнейшего воздействия антигенов.

galorlov@mail.ru



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ